第１号様式（第６条関係）

認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業申請書

年　　月　　日

　二本松市長

　　　　　　　　　　　　　　　（申請者）住　　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（登録希望者との関係　　　　　　　　　）

　認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業の利用をしたいので下記のとおり申請します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 登録希望者 | ふりがな  氏　　名 | 性別　　男　・　女 |
| 生年月日　　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　　　　才） | |
| 住　　所　〒  　　　　　二本松市 | |
| 電話番号 | |
| 登録情報 | 認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業登録者台帳（第２号様式）に記入します | |

　私は、申請者として緊急連絡先に登録する親族等には、この申請の内容を伝えます。

　また、登録者の情報について、市が委託した認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業委託業者及び緊急時には必要に応じて警察署、消防署、民生児童委員、地域包括支援センター等の関係機関へ情報提供することに同意します。

（申請者氏名）　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

第２号様式（第６条関係）

（その１）

認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業登録者台帳

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな |  | 性　別 |
| 氏　　名 |  | 男　・　女 |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　（　　　　才） | |
| 電話番号 |  | |
| 世帯状況 | 該当する状況に○  １　ひとり暮らし　 ２　高齢者世帯等　 ３　同居世帯　 ４　その他 | |
| 身体の  状況  （特徴） | 身長：　　　ｃｍ位　　　体重：　　　ｋｇ位　　　姿勢：  体格：肥満・中肉・痩身　　　眼鏡：有・無　　　頭髪の特徴：  その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 医療 | かかりつけ医（氏名）　　　　　　　　　　電話番号  （医療機関名）  現在の病気 | |
| 過去の病歴 | |
| 介護 | 要支援（１・２）　要介護（１・２・３・４・５）　申請中　未申請 | |
| 担当ケアマネジャー（氏名）　　　　　　　電話番号  （事業所名） | |
| 注意事項 |  | |

　備考　「注意事項」欄は、緊急時（保護時等）の対応で注意すべきことがあれば記入ください。

（その２）

認知症高齢者等見守りＱＲコード活用事業登録者台帳

（緊急連絡先）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| （　　）連絡のみ協力可  （　　）駆け付け可能 | ふりがな |  | | 登録者との関係 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 家の鍵預かり | 有 ・ 無 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | |
| 携帯 | | | |
| 勤務先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |
| （　　）連絡のみ協力可  （　　）駆け付け可能 | ふりがな |  | | 登録者との関係 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 家の鍵預かり | 有 ・ 無 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | |
| 携帯 | | | |
| 勤務先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |
| （　　）連絡のみ協力可  （　　）駆け付け可能 | ふりがな |  | | 登録者との関係 |  |
| 氏名 |  | 男・女 | 家の鍵預かり | 有 ・ 無 |
| 住所 | 〒 | | | |
| 電話番号 | 自宅 | | | |
| 携帯 | | | |
| 勤務先 | 勤務先名　　　　　　　　　　　電話番号 | | | |

　備考

　　１　「駆け付け可能」又は「連絡のみ協力可」のいずれかを○で囲んでください。また、（　）内には優先順位を記入ください。

　　２　緊急連絡先には２名以上記入ください。